

**MODULO DI ISCRIZIONE ATTIVITA' DI STUDIO ASSISTITO A.S. 2020/21**

**CLASSI 1°A – 1°B – 1°C – 1°D – 1°E – 1°F – 1°G e 2°A**

Il sottoscritto .....  
genitore dell'alunno ..... della classe  
1° sez \_\_\_\_\_ / 2°A

AUTORIZZA

suo/a figlio/a a partecipare agli incontri di studio assistito pomeridiano gratuito che si svolgeranno  
il **VENERDÌ** dalle **15.00 alle 16.30** secondo il calendario di seguito riportato.

Ciampino, .....

Firma .....

Numero di telefono al quale si desidera che la scuola invii la comunicazione delle assenze o  
eventuali altre comunicazioni relative all'attività: .....

**CALENDARIO DEGLI INCONTRI**

<b>VENERDÌ</b>	19/03	26/03	09/04
----------------	-------	-------	-------

\*\*\*\*\*

**MODULO DI ISCRIZIONE ATTIVITA' DI STUDIO ASSISTITO A.S. 2020/21**

**CLASSI 2°B – 2°C – 2°D – 2°E – 2°F – 2°G**

Il sottoscritto .....  
genitore dell'alunno ..... della  
classe 2° sez \_\_\_\_\_

AUTORIZZA

suo/a figlio/a a partecipare agli incontri di studio assistito pomeridiano gratuito che si svolgeranno  
il **MARTEDÌ** dalle **15.00 alle 16.30** secondo il calendario di seguito riportato.

Ciampino, .....

Firma .....

Numero di telefono al quale si desidera che la scuola invii la comunicazione delle assenze o  
eventuali altre comunicazioni relative all'attività: .....

**CALENDARIO DEGLI INCONTRI**

<b>MARTEDÌ</b>	23/03	30/03	13/04
----------------	-------	-------	-------